

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895.

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Juin 1895, à 1 heure

PAR

Maurice LAMY,

Né à La Lande-sur-Eure (Orne), le 10 Février 1869

TORTICOLIS ET LUMBAGO

ARTICULAIRES

Président : M. JACCOUD, professeur.

Juges : { MM. DIEULAFOY, professeur.
MARFAN et LETULLE, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15.

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895.

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Juin 1895, à 1 heure

PAR

Maurice LAMY,

Né à La Lande-sur-Eure (Orne), le 10 Février 1869

TORTICOLIS ET LUMBAGO

ARTICULAIRES

Président : M. JACCOUD, professeur.

Juges : { MM. DIEULAFOY, professeur.
MARFAN et LETULLE, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15.

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
Clinique médicale.....	SEE (G.)
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale;.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAX.
Clinique chirurgicale.....	BECKER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	GAUCHER.	NETTER.
ANDRÉ.	GILBERT.	POIRIER, chef des
BALLET.	GLEY.	trav. anatomiques.
BAR.	HEIM.	QUENU.
BRISAUD.	JALAGUIER.	RETTIER.
BRUN.	LEJARS.	RICARD.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	ROGER.
CHARRIN.	MARFAN.	SCHWARTZ.
CHAUFFARD.	MARIE.	SEBILLEAU.
DEJERINE.	MAYGRIER.	TUFFIER.
DELBET.	MENETRIER.	VARNIER.
FAUCONNIER.	NELATON.	VILLEJEAN.
		WEISS.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Témoignage d'amour filial et de profonde reconnaissance.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

Témoignage de vive affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. ALBERT ROBIN

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur
Médecin de la Pitié.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR JACCOUD

Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur
Médecin de la Pitié.

TORTICOLIS ET LUMBAGO

ARTICULAIRES

Le torticolis et le lumbago aigus, jusqu'à présent, avaient presque toujours été considérés comme du rhumatisme musculaire. Ce n'est cependant que dans ces derniers temps que cette opinion avait prévalu ; l'appellation, la définition, la nature, le siège de ces deux affections ont tellement divisé les auteurs ou sont restés si vagues, que l'on mettait sous le même nom des maladies fort différentes, au moins dans leur nature et leur origine.

Il était du reste naturel, dans deux affections comme le torticolis et le lumbago qui intéressent souvent une zone assez considérable du corps humain, qu'on étudiât d'abord superficiellement leurs symptômes, et les diverses articulations atteintes par ces deux maladies étant difficilement isolables, il était aussi fort naturel qu'on oubliât les articulations sous-jacentes aux muscles cervicaux et lombaires.

A peine quelques auteurs, que nous citerons ultérieurement, indiquaient-ils une origine et un siège articulaires possibles dans le torticolis et le lumbago.

aigus ; mais l'opinion régnante définissait le lumbago « une affection essentiellement douloureuse des muscles sacro-lombaires », et le torticolis aigu un rhumatisme d'un ou de plusieurs muscles du cou. De temps en temps une observation timide était publiée sur un cas de l'une ou l'autre affection que l'on ne pouvait rattacher à un rhumatisme musculaire.

M. Albert Robin avait remarqué depuis longtemps la fréquence du torticolis et du lumbago articulaires ; il enseignait cette notion aux élèves de son service à l'hôpital de la Pitié et après avoir publié avec M. P. Londe un important mémoire démontrant cette fréquence et fixant tous les symptômes de ces deux maladies, il voulut bien nous engager à faire de cette question le sujet de notre thèse.

Il est évident que nous éliminerons dès l'abord certaines affections qui n'ont avec le torticolis et le lumbago que des relations de nom ou de siège, tels que : le torticolis intermittent ou spasmodique, le torticolis hystérique, le lumbago traumatique, le mal de Pott cervical ou lombaire, le torticolis oculaire, le lumbago névralgique, le torticolis cicatriciel, etc., etc. La symptomatologie très nette du lumbago et du torticolis articulaires imposera souvent le diagnostic pour lequel nous renvoyons du reste au mémoire de MM. Albert Robin et Londe.

Nous voulons montrer simplement, par des observations prises un peu partout, rééditées même d'an-

ciens auteurs, que le lumbago et le torticolis articulaires, oubliés par tous, non reconnus par certains, sont très fréquents. Ajoutons, pour cela, que sur toutes les observations recueillies tant par MM. Albert Robin et Londe que par nous-même, depuis la fin de décembre 1893, il n'y en a qu'une seule douteuse ; ce qui veut dire que tous les lumbagos et tous les torticolis observés par nous étaient articulaires. Cette fréquence serait-elle la généralité ?

Notre plan sera simple. Chacune de ces deux maladies sera précédée d'un historique et étudiée brièvement dans ce qu'elle a de capital. Nous n'en ferons donc pas une description classique pour ne pas être obligé de reproduire en entier le mémoire de MM. Albert Robin et Londe. Nous mettrons en vedette ce qui caractérise le lumbago et le torticolis articulaires, nous ferons suivre chacun d'observations et nous terminerons par leur traitement.

Qu'il nous soit permis ici de remercier chaleureusement M. Albert Robin, pour les excellentes leçons cliniques et thérapeutiques qu'il nous a prodiguées dans son service pendant plus de deux années. Nous remercions aussi M. Londe de la bienveillance et de l'amabilité avec lesquelles il nous a aidé dans nos recherches.

Nous sommes très reconnaissant à M. le professeur Jaccoud, du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553820_0098

Lumbago

Le mot « lumbago » hybride dans son étymologie, fait déjà prévoir que l'accord s'est toujours peu fait sur la maladie qu'il désigne. Cette maladie a donné lieu à différentes appellations qui variaient d'ailleurs d'après l'idée que l'on se faisait de son siège et de sa nature.

En commençant par Aurelianus qui, par une erreur de diagnostic, en parle sous la rubrique « *de psoadicis* », et en continuant par Sennert pour qui c'est une « *dolor lumbarum a catarrho* », par Baumes qui l'appelle « lombagie rhumatismale », par Riolan qui en fait l'« *aspalgia* », nous terminons par Chomel qui nommait le lumbago un « myorhumatisme ».

Le siège et la nature du lumbago ne prêtèrent pas moins à la controverse. Pour les uns, Ch. Roche, Foucart, Moreau (de Tours) avec son élève Luquet, c'est une névralgie ; pour Andral, le siège anatomique du lumbago est dans les enveloppes de la moëlle ; pour les autres, Boerhave, Cullen, Brouillet, Bichat, Scudamore, c'est une affection et même une inflammation musculaire. Bouillaud prétend que le rhumatisme musculaire peut envahir les parties profondes, périoste,

etc., mais pour lui la maladie initiale est musculaire et depuis un certain temps l'opinion dominante, classique, est que le lumbago est un rhumatisme musculaire.

Le lumbago articulaire aurait donc été complètement méconnu. Pas tout-à-fait cependant, car après Sauvage qui décrit dix-sept espèces de lumbago, Spring, qui n'en trouve plus que huit, signale le « rhumatisme de la symphyse sacro-iliaque » comme « très-fréquent ». Ajoutons que Chomel décrit un lumbago articulaire en énonçant presque tous les points douloureux.

Comme étiologie et comme mode de début, le lumbago articulaire ressemble au rhumatisme chronique. Chez la plupart des malades observés, nous avons pu déceler l'arthritisme et souvent aussi le froid est l'occasion de la localisation rhumatismale. Les conditions du vêtement expliquent l'immunité presque complète dont jouit la femme. Les symptômes accusés par le malade sont également semblables à ceux d'une exacerbation dans le rhumatisme. La douleur est variable selon les individus et selon l'acuité de la maladie ; la gêne des mouvements varie selon les mêmes causes.

Le symptôme dominant, caractéristique du lumbago articulaire est la localisation exacte de la douleur à la pression qui correspond toujours à une articulation de cette région. Nous obtenons donc : 1° une série de points médians correspondant aux articulations inter-

vertébrales et surtout à l'articulation sacro-lombaire, la plus souvent prise, centre des mouvements du tronc sur le bassin; ces points médians que M. Albert Robin appelle *points interépineux*, peuvent dans quelques cas se constater dans l'articulation sacro-coccygienne, là où il n'y a pas de muscles ou tout au moins de muscles lombaires ; 2° une autre série de points latéraux, situés à très peu de distance des premiers, et qui correspondent aux articulations des apophyses articulaires des vertèbres ; 3° deux autres points douloureux au niveau des symphyses sacro-iliaques.

Tous ces points peuvent ne pas exister à la fois et chez certains malades on n'en constatera que quelques-uns. Mais le plus curieux c'est que les articulations des apophyses articulaires et la symphyse sacro-iliaque peuvent être atteintes par le rhumatisme unilatéralement et nous avons alors le lumbago unilatéral analogue au torticolis ordinaire.

Le lumbago articulaire étant ainsi bien nettement caractérisé comme entité morbide, il sera facile de le distinguer des maladies analogues ou du moins ayant pour siège la même région.

OBSERVATION I

(Résumée et empruntée au mémoire de MM. Albert Robin et Londe)

L. Jules, 44 ans, entré salle Piorry, le 11 avril 1894, dans le service de M. Albert Robin.

Pas d'antécédents arthritiques. Traumatisme en décembre 1893 : le malade était tombé d'un premier étage.

Le 1^{er} avril, il est pris brusquement d'une douleur lombaire qui augmente jusqu'à son entrée. Frissons le soir, perte d'appétit, vertiges, larmoiement et picotement dans les yeux, céphalalgie. Pas de courbature.

A l'examen, le tronc est immobilisé, les divers mouvements de la région lombaire douloureux et impossibles ; inclinaison du tronc en avant. Localisations douloureuses au niveau des articulations sacro-lombaire et sacro-iliaques. Peu de douleur à la pression sur les muscles.

Le 14 avril, administration de 4 grammes de jaborandi, suivant la méthode Albert Robin. Amélioration presque immédiate et se continuant dans la journée. Une seule dose a suffi à la guérison.

OBSERVATION II

(Empruntée au mémoire de MM. Albert Robin et Londe)

C. Théophile, 48 ans, charpentier, entré le 24 mai 1894, salle Piorry.

Antécédents arthritiques : plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu. Rhumatisme déformant. Prolongement du premier bruit du cœur.

Sans froid ni trauma antérieur, le malade souffre dans les reins. Quinze jours de repos, ventouses scarifiées sans soulagement.

A l'examen, le malade offre l'attitude du lumbago c'est-à-dire penchée en avant avec en plus une inclinaison latérale à droite. Immobilité de la région lombaire. Localisations douloureuses très nettes à l'articulation sacro-vertébrale, un peu moindre au niveau des interlignes des vertèbres lombaires. Point sacro-iliaque gauche. Pendant la marche, douleur au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche quand le pied gauche pose à terre. Points articulaires accentués surtout à gauche.

Pendant trois jours on le traite par des injections hypodermiques de glycéro-phosphate de soude. Amélioration très notable. Sortie.

Quelques semaines plus tard, rechute. Traitement par le jaborandi. Amélioration et guérison, mais moins rapide qu'avec les autres malades.

OBSERVATION III

(Albert Robin et Ionde)

C. Louis, 36 ans, employé de chemin de fer, entre salle Piorry, le 27 mars 1894.

Antécédent arthritique : sciatique en 1885.

Début de la maladie en juin 1893. Depuis ce moment

le malade a toujours souffert dans la région lombaire. Traité par des frictions et des bains de vapeur, puis par des pointes de feu, après des améliorations et des recrudescences successives, le malade s'alite le 15 mars 1894 ; traitement par le salicylate de soude ; pas d'amélioration.

A son entrée, la marche est difficile, le corps est penché en avant, les mouvements du tronc, surtout celui d'extension sont douloureux et impossibles. Rien aux poumons ni au cœur. Les muscles sont indolores.

Traitement par le jaborandi. Le malade est guéri complètement après la cinquième dose.

OBSERVATION IV

*(Recueillie dans le service de M. Albert Robin, à
l'Hôpital de la Pitié)*

B. Edouard, 27 ans, polisseur sur métaux, entré salle Piorry, le 18 décembre 1894.

Pas d'antécédents arthritiques, sauf une attaque précédente de lumbago il y a deux mois et demi, sans froid ni traumatisme et pour laquelle il est entré à Saint-Antoine. Dans cette première attaque, les douleurs étaient à gauche et le malade inclinait le corps en avant et à droite ; lumbago unilatéral.

Traitement par ventouses scarifiées et compresses chloroformées. Sorti guéri après onze jours d'hôpital.

Il y a quinze jours, sans trauma ni froid, le malade fut pris d'une courbature dans les membres inférieurs et de gêne dans la marche. Deux jours après, le malade

ressentit des douleurs lombaires qui l'obligeaient à marcher courbé en avant. Au bout de cinq jours, la courbature des membres inférieurs disparut. Badigeonnages à la teinture d'iode. Aucun soulagement.

Le 18 décembre, le malade entre à l'hôpital. Dans la station debout, le corps est incliné en avant ; la marche n'est facile qu'à cette condition. L'inclinaison du tronc à droite ou à gauche ne provoque aucune douleur, à peine un peu de sensibilité à gauche. Aucune douleur dans le décubitus dorsal ; douleur vive au contraire quand le malade est couché sur le ventre.

Quelle que soit la position prise, la douleur quand elle existe, est toujours accusée par le malade au niveau même de l'articulation sacro-vertébrale.

Immobilité du tronc. Le malade se meut tout d'une pièce.

A la pression : douleur vive, intense au niveau de l'articulation sacro-vertébrale, *point interépineux*. Pas de localisation douloureuse aux interlignes des vertèbres lombaires, pas de point articulaire, pas de point sacro-iliaque. Une seule articulation est malade, c'est l'articulation sacro-vertébrale.

Rien au cœur. Sommet droit douteux. Le 21 décembre première dose de jaborandi. Amélioration notable. Seconde dose quatre jours après : guérison. Le malade sort le mardi suivant.

OBSERVATION V

(personnelle)

L. F..., 54 ans.

Antécédents arthritiques. Douleurs articulaires dans une épaule, un an auparavant.

Le 20 décembre à la suite d'un froid violent et d'un travail fatigant, le malade est pris au réveil d'une douleur atroce dans la région lombaire avec gêne dans la marche. Application d'un vésicatoire, repos, antipyrine sans aucun résultat.

Au 2 janvier 1895 nous voyons le malade. La marche n'est plus difficile à condition que le corps soit penché en avant. Pas d'inclinaison latérale. Le décubitus dorsal est la position préférée par le malade quand il est couché. Tous les mouvements du tronc sur le bassin sont très douloureux surtout l'extension.

A l'examen, il y a un peu de rougeur de la peau causée par le vésicatoire antérieur. Pas de douleur musculaire à la pression et même indolence complète.

On ne peut constater chez le malade que le point sacro-vertébral et les points interépineux. Pas de points articulaires, ni sacro-iliaques.

Aucun traitement. Repos, enveloppement ouaté. Hypnotiques en cas d'insomnie.

La maladie dure encore quatre semaines. Guérison presque complète ; la marche est facile, plus de douleurs sauf encore un peu dans les mouvements violents.

Quelque temps après, fin février, sciatique qui dure quatre semaines.

OBSERVATION VI

due à l'obligeance de M. Ernest Dethan, service de M. Gingeot.

T. Charles, 46 ans, maçon, entré le 27 avril 1895, salle Damaschino, à l'hôpital Laënnec.

Antécédents héréditaires nuls. Le malade est athéromateux et a des varices aux deux jambes.

Début le jeudi précédent au réveil après avoir été mouillé la veille et avoir eu froid. Le malade ressent une douleur continue, lancinante surtout la nuit, qu'il localise juste au milieu de la région lombaire.

Le minimum de douleur est obtenu dans le décubitus dorsal ; le malade ne se retourne dans son lit qu'avec douleur et difficulté. Cependant le malade marche presque droit mais tout d'une pièce ; les mouvements du tronc sont douloureux ; l'extension est absolument impossible et arrache des cris au patient.

Chez ce malade on peut constater des douleurs assez vives à la pression sur les muscles de la région. Les douleurs sont même en ceinture et pourraient faire croire à de la névralgie lombo-abdominale si on pouvait les localiser ; il n'y a pas en effet les points hypogastrique, iliaque, scrotal ; la douleur musculaire est généralisée à tous les muscles dorsaux de la région.

Mais on constate, comme manifestations articulaires, un point sacro-vertébral, les deux points sacro-iliaques et même un point sacro-coccygien, mais atténué.

Rien au cœur, sauf une vibration extraordinaire de ses bruits dus à l'athérome.

Traitement par les ventouses scarifiées sans grand soulagement.

OBSERVATION VII

Recueillie dans le service par Albert Robin, à l'hôpital de la Pitié.

L... Arthur, 56 ans, employé de chemin de fer, entré le 4 mai, à la Pitié.

Rhumatisme articulaire aigu à 40 ans.

Début le 29 avril au réveil après avoir eu froid la veille.

Le 4 mai au soir, température de 38°4 ; le 5 mai, température vespérale 37°9.

Aucune douleur dans le décubitus dorsal. Le malade souffre pour se tourner dans son lit. Dans la station debout le malade est incliné en avant et à gauche ; il se meut tout d'une pièce.

A la pression musculaire, le malade ne réagit pas. Au contraire, douleur intense quand on presse au niveau de l'articulation sacro-vertébrale et des interlignes vertébraux ; *points interépineux*. Le malade a également très manifestes les points articulaires à droite et un peu le point sacro-iliaque du même côté.

Rien au poumon. Au cœur, souffle au premier temps et à la pointe.

En conséquence, le malade n'est pas justiciable du jaborandi. Injection hypodermique de glycéro-phosphate de soude le 6 mai. La température tombe à 36°9 pour ne plus remonter ; douleur diminue. Seconde injection le 7 mai ; amélioration plus manifeste. La marche est devenue facile ; les douleurs tant spontanées que provoquées sont moindres.

On continue les injections jusqu'au 12 mai. Suppression complète des douleurs spontanées et provoquées. Guérison complète.



Torticolis

Le torticolis a, bien moins que le lumbago, prêté à des discussions sur sa nature et son origine. Les anciens avaient même fait moins : ils ne s'en étaient pas occupés du tout, et il faut arriver jusqu'au milieu du xvii^e siècle pour trouver une première observation de torticolis. Elle est due à Tulpius, médecin d'Amsterdam, et a trait à un enfant de 12 ans, atteint de torticolis, auquel Minnius pratiqua la myotomie après un traitement médical sans résultat.

A la suite de cette première observation, qui donne au scalène le grand rôle dans la production du torticolis, on voit tous les auteurs incriminer la contracture du sterno-cléïdo-mastoïdien. Tous les chirurgiens pratiquent, à partir de ce moment, la myotomie ou la ténotomie, et lorsque Dupuytren invente la section sous-cutanée du sterno-cléïdo-mastoïdien, la théorie règne sans conteste.

Quelques auteurs signalent cependant des cas de torticolis produits, selon eux, par la contracture d'autres muscles, le peaucier, le trapèze, le splenius, etc. En 1878, Delore (de Lyon) voulut, selon l'expression.

de M. Guyon, « déposséder le sterno-cleïdo-mastoïdien
« au profit des muscles postérieurs du cou. » Mais en
tout cas, c'est toujours dans un ou plusieurs muscles
du cou que l'on place la cause et le siège de l'affection,
et M. le professeur Tillaux écrit en 1893 : « Le tortico-
« lis est d'essence musculaire ; il résulte d'une altéra-
« tion dans le système musculaire du cou. »

Nous parlons là seulement du torticolis chronique
qui succède fort souvent, sinon toujours, au torticolis
aigu ; mais, pour tous, le torticolis aigu est un rhu-
matisme musculaire. Nous trouvons cependant quel-
ques auteurs, qui dans leurs monographies sur le tor-
ticolis en général, font une petite place au torticolis
articulaire ; des observations indiscutables sont parues
depuis, et, pour nous, de tous les torticolis aigus, c'est
le torticolis articulaire qui est le plus fréquent.

Le torticolis articulaire est signalé, pour la pre-
mière fois, par Delpech qui dit que « dans les cas qu'il
« a observés, la maladie avait été confondue avec un
« état morbifique du muscle sterno-mastoïdien », mais
que « la tête étant tournée du côté de la douleur et in-
« clinée du côté opposé, il était évident que les dévia-
« tions du cou et de la tête provenaient de l'action
« musculaire mise en jeu pour éviter le contact, ou du
« moins la pression mutuelle des deux surfaces articu-
« laires opposées. »

Stromeyer, en 1838, présente trois observations de
« torticolis articulaire » et Bouvier, en 1840, lui donne

ce dernier nom et signale la fréquence de la maladie.

Depaul, dans sa thèse d'agrégation, en 1844, donne une description complète du torticolis articulaire, mais critique l'explication de Delpech, que nous citons précédemment. Selon lui, la position défectueuse de la tête est produite par la rétraction des muscles du côté malade ; nous verrons par les observations qu'il n'en est rien, et que Delpech avait raison. Mais nous voulons profiter de l'occasion pour mettre le lecteur en garde contre certaines erreurs faciles à faire dans l'observation d'un torticolis articulaire. Le rhumatisme étant essentiellement vagabond, passe d'une articulation à l'autre avec une facilité et une rapidité remarquables. De sorte que tel malade que l'on aura vu un jour avec la tête inclinée à gauche et souffrant surtout à droite, présentera, quelques jours après, un tableau clinique tout autre. Et dans la période intermédiaire à ces deux positions extrêmes, il sera très difficile de prouver que Delpech avait raison.

Musson, en 1867, et Couillard-Labonnote, en 1869, dans deux thèses sur le torticolis en général, traitent un peu à part le torticolis articulaire, sur lequel ils reproduisent du reste les opinions antérieures.

A signaler une observation du Dr Bouland, en 1879, où l'on assiste justement à un changement de localisation rhumatismale dans un torticolis articulaire.

Depuis, les observations se sont multipliées.

M. Lannelongue, en 1888, signale la fréquence de l'arthrite rhumatismale cervicale. M. Broca en publie deux observations, au moment où MM. Albert Robin et Londe publient leur mémoire décrivant le torticolis articulaire, et en montrant également la fréquence, dépossédant ainsi les muscles de l'action prépondérante qu'on leur avait attribuée jusque-là.

Nous ferons à tous ces auteurs de fréquents emprunts ; nous publierons, en les résumant, quelques-unes de leurs observations.

Mais auparavant, il importe de fixer dans l'esprit les principaux symptômes du torticolis articulaire. Nous allons donc faire de cette affection, une sommaire description.

Comme dans le lumbago, la plupart des malades atteints de torticolis articulaires sont arthritiques ; c'est aussi souvent après un froid et surtout un froid humide, que se déclare la maladie. Comme dans le lumbago, les articulations de la colonne cervicale peuvent être prises unilatéralement ; mais là, c'est la généralité ; le froid peut, plus facilement qu'aux lombes, n'agir que sur un côté du cou. Les conditions de vêtement n'intervenant plus, les femmes ne sont plus indemnes.

La douleur disparaît dans le décubitus dorsal, quand la tête du patient est relevée par l'oreiller. Les mouvements sont douloureux ; le malade se meut tout d'une pièce.

Les localisations douloureuses sont plus faciles à constater que dans le lumbago, à cause de la situation plus superficielle des articulations vertébrales. Nous obtenons là des points douloureux identiques à ceux du lumbago : *points interépineux* sur la ligne médiane ; *points articulaires* au niveau des articulations des apophyses articulaires.

Mais dans le torticolis, ou plutôt dans l'arthrite cervicale unilatérale, l'inclinaison de la tête du côté opposé au côté malade se complique de rotation de la face du côté malade et cela à cause de la disposition particulière des facettes des apophyses articulaires : c'est par ce double mouvement que le malade obtient le maximum d'écartement de ces facettes et conséquemment le minimum de douleur.

La contraction des muscles du cou, soit sternocléido mastoïdien, soit scalène, etc., n'a donc lieu que par un phénomène réflexe pour éviter la douleur ; du reste ces muscles ne sont que peu ou point douloureux.

OBSERVATION VIII

(*Empruntée à Depaul*)

Une petite fille de 8 ans, à la fin d'une rougeole, ressent des douleurs dans la région sous-occipitale ; ces dou-

leurs reviennent par accès et occasionnent un torticolis. La déviation devint permanente, et M. Bouvier put s'assurer, par un examen attentif, que la maladie ne résidait pas dans les muscles du cou, mais dans un état inflammatoire chronique de quelques-unes des articulations cervicales supérieures. Traitement orthopédique ; guérison.

OBSERVATION IX

(Empruntée à Depaul)

L.... Marie, 29 ans, entre à l'Hôtel-Dieu pour un torticolis qu'elle a depuis 5 mois. Deux ans auparavant attaque de rhumatisme ; elle a longtemps couché dans une chambre humide et froide.

Tous les mouvements du cou sont douloureux, sauf dans le repos. La région mastoïdienne et la nuque sont très douloureuses ; la pression sur la nuque provoque une douleur intense et on y constate un léger gonflement. L'auteur ne précise pas davantage le siège de la douleur. Torticolis articulaire, tel est le diagnostic.

OBSERVATION X

(Empruntée à Couillard-Labonnote).

Dubois Eugénie, 8 ans et demi. Torticolis pris d'abord pour un torticolis musculaire. L'enfant meurt de fièvre typhoïde.

A l'autopsie, on constate une ankylose de l'occipital et des trois première vertèbres cervicales. Il y avait donc eu lésion articulaire primordiale et torticolis réflexe avec contracture du sterno-cléido mastoïdien ensuite.

OBSERVATION XI

(Couillard-Labonnote)

Un enfant de 13 ans et demi, après des courants d'air froid répétés, est atteint de torticolis, avec douleurs dans les membres inférieurs, le dos et le cou. La tête est inclinée à droite et la face tournée à gauche. Quelques jours après, paralysie gauche. Ensuite luxation atloïdo-axoïdienne. Torticolis articulaire.

OBSERVATION XII

(Empruntée à une thèse de M. Picot, 1872).

G..., âgée de 45 ans, entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse, à Lyon. Pas d'antécédents arthritiques héréditaires ; a eu, à plusieurs reprises, un genou raide et douloureux.

Raideur du cou au début avec mouvements un peu douloureux. Plus tard, la tête paraît soudée au tronc, les mouvements de la tête sont douloureux et impossibles. La pression sur les apophyses des vertèbres cervicales et sur

les parties latérales du cou est douloureuse. Palpitations, souffle intense au 1^{er} temps et à la pointe. Polyarthrite cervicale.

OBSERVATION XIII

(Empruntée à M. le professeur Grancher)

D. Jeanne, 12 ans, salle Sainte-Généviève. (Enfants malades). Début par douleur vive à la nuque. La tête est inclinée à gauche sans rotation ; tout mouvement de la tête est impossible. A la pression, vive douleur au niveau des apophyses épineuses des vertèbres cervicales, de la troisième à la septième. La douleur est aussi très accusée à la pression sur les apophyses transverses de la colonne cervicale.

Quelques petites articulations des mains sont prises ensuite et éclairent le diagnostic. Frémissement cataire, souffle systolique à la pointe.

OBSERVATION XIV

(Due à M. Chauffard et citée par M. Grancher)

Enfant de cinq ans, pris subitement de fièvre avec douleurs cervicales. Mouvements très douloureux ; pression sur les apophyses épineuses très douloureuses également. Pas de torticolis au sens propre du mot ; la tête était seulement en extension. Les articulations des mem-

bres se prirent à leur tour et le diagnostic avec une méningite rachidienne put être fait.

OBSERVATION XV

(*Empruntée à M. Broca*)

Jeune fille de 15 ans, avec antécédents manifestement héréditaires.

Erythème noueux à cinq ans.

Première attaque de torticolis en 1892, qui disparaît au bout de quelques semaines.

En novembre 1892, nouvelle attaque suivie de guérison presque complète par l'électrisation.

En décembre 1892, recrudescence de la maladie.

Immobilité complète de la colonne cervicale. Inclinaison de la tête à gauche et rotation de la face à droite. Indolente au repos, la colonne cervicale formait à la région latérale droite de la nuque une saillie sur laquelle la pression était douloureuse. La douleur était au niveau des 3^e et 4^e vertèbres cervicales.

Diagnostic : torticolis articulaire. Traitement : enveloppement ouaté, bains sulfureux, salicylate de soude. Pas d'amélioration.

A partir de janvier 1893, extention continue. Amélioration.

OBSERVATION XVI

(*Albert Robin et Londe*)

L. Gaston, 11 ans.

Antécédents paternels, nettement arthritiques.

Le malade se présente avec un torticolis qui offre les caractères suivants :

1° Inclinaison latérale gauche.

2° Légère rotation à droite.

3° Légère flexion en avant.

C'est la position du torticolis le plus fréquent.

A la palpation, les muscles en 'contravention' sont indolores.

Les interlignes épineux des vertèbres cervicales deviennent douloureuses, à partir de la cinquième, avec douleur maxima dans la région moyenne. Les interlignes des apophyses articulaires sont douloureux bilatéralement mais surtout à droite.

Les mouvements de la tête provoquent des douleurs latérales surtout à droite.

Ce torticolis est compliqué d'une courbure de compensation dorso-lombaire.

Le 12 avril, le malade présentant les mêmes symptômes que le jour de l'examen, prend 1 gr. 50 de jaborandi en infusion à 6 h. du matin. Amélioration dès midi ; le lendemain quasi-guérison ; les mouvements sont plus étendus les douleurs tant spontanées que provoquées sont moindres, la déviation dorso-lombaire a disparu.

Le 20 avril, attaque de rhumatisme aigu dans les genoux, le cou-de-pied et dans la partie moyenne et inférieure de la colonne vertébrale. Le torticolis a disparu. Rien au cœur.

On donne au malade deux autres doses de jaborandi. Guérison.

OBSERVATION XVII

(Albert Robin et Londe)

A. Alphonse, 44 ans, fumiste, entré à la Salle Piorry, le 20 mars 1894.

Pas de torticolis véritable. Immobilisation de toute la colonne cervicale dans l'extension. La tête est un peu fléchie en avant. Douleurs vives au moindre mouvement de rotation ou d'inclinaison.

Les muscles sont indolores. La pression est très douloureuse au niveau des articulations, des apophyses articulaires des deux cotés.

Après un traumatisme de la région cervicale, il y a eu deux attaques antérieures à la suite de froid. Traité par immobilisation, pointe de feu, salicylate de soude, etc.

On lui donne du jaborandi et dès la deuxième dose, amélioration. Guérison après la 4^e dose.

Diagnostic : Polyarthrite cervicale.

OBSERVATION XVIII

(Personnelle)

D. Charles, entré salle Serres, le 28 décembre 1894, dans le service de M. Albert Robin, à l'hôpital de la Pitié.

Antécédents héréditaires inconnus.

Antécédents personnels : Habita 8 ans les colonies (Sénégal, Madagascar, Ile Bourbon, etc.) où il eût la fièvre intermittente tierce. En 1856, à la Martinique, il eût la fièvre jaune ; à ce moment il buvait énormément d'alcool. Syphilis à 26 ans. Scorbut en 1854, à bord.

Rentré en France en 1860. Fièvre paludéenne. Depuis 7 ans, névralgies assez nettement localisées au côté gauche de la tête.

Coliques de plomb.

A 5 ou 6 reprises différentes, rhumatisme articulaire dans la jambe gauche.

Bien avant l'apparition des névralgies, le malade a eu souvent des attaques de torticolis.

A son entrée à l'hôpital, le malade prétend avoir depuis quatre ou cinq jours une violente douleur à la nuque surtout du côté gauche.

A l'examen, le muscle sterno-mastoïdien du côté droit, le trapèze dans sa portion supérieure, et aussi les muscles profonds fléchisseurs de la tête sont fortement contractés, d'où l'inclinaison de la tête à droite avec une légère rotation de la face qui porte l'angle inférieur de la mâchoire en bas et en dedans.

Les mouvements de latéralité et de rotation sont impossibles. Le moindre mouvement provoque de véritables craquements.

A la palpation, la douleur est presque nulle sur les masses musculaires contractées. Au contraire, un point douloureux très manifeste existe à la base de la nuque, un peu en dehors de la ligne médiane et du côté gauche, en un point qui semble coïncider avec l'articulation des apophyses articulaires des cinquième et sixième vertèbres cervicales. La pression en ce point bien limité arrache des cris au malade.

Il semble donc bien que l'on ait affaire à un torticolis articulaire, à une véritable arthrite cervicale et que la contracture musculaire soit secondaire ; elle a pour but d'immobiliser l'articulation malade.

Traitement : 4 grammes de jaborandi en infusion.

Le malade a pris trois infusions de jaborandi en trois jours. Le 4^e jour, la douleur, au niveau de l'articulation, est presque nulle ; les muscles ne sont plus contractés ; les mouvements de la tête sont devenus presque aussi faciles qu'à l'état de santé.

24 janvier. — Le malade accuse encore de la douleur et de la gêne dans les mouvements du cou ; la flexion du cou, au commandement, est bien plus facile à droite qu'à gauche.

On donne une nouvelle dose de jaborandi, le 22 janvier.

Le malade sort guéri le 1^{er} février.

OBSERVATION XIX

(Personnelle)

M... Etienne, 49 ans, entre le 14 mai 1895, à la salle Lasègue; à Lariboisière.

Antécédents héréditaires : mère morte d'accident, à 70 ans ; père mort, en 1851, de fluxion de poitrine.

Antécédents personnels : fièvres intermittentes à 15 ans. Hémiplegie droite à 23 ans qui a duré 3 ans. Fracture de jambe en 1885.

Il y a deux ans, après un froid humide, le malade a déjà eu de la douleur dans la nuque et du torticolis. Durée 3 semaines.

Après un froid intense, le 10 février dernier, le malade fut pris tout d'un coup de douleurs cervicales accompagnées de torticolis ; la tête était alors inclinée et tournée à gauche.

Depuis le commencement de sa maladie, le malade, soigné en ville, est traité par le salicylate de soude, les ventouses, les vésicatoires surtout, etc., sans soulagement.

A l'examen, pas de douleurs musculaires bien nettes et bien accusées. Les douleurs spontanées sont supprimées par le décubitus dorsal quand le malade a la tête soulevée par son oreiller.

La tête est penchée légèrement à gauche et tournée très légèrement du même côté. On sent entre la deuxième et la troisième cervicale un empâtement profond ; les tissus superficiels n'ont absolument rien. Un point légère-

ment douloureux et médian entre la 3^e et la 4^e vertèbre cervicale. On note également de la douleur au niveau des articulations des apophyses articulaires, surtout marquée à droite sans beaucoup de différence toutefois.

Rien au cœur. Pas d'Ethylisme. Rien au poumon.

OBSERVATION XX

(*Personnelle*)

R... Louis, employé des postes, 39 ans.

Pas d'antécédents arthritiques héréditaires.

Antécédents personnels : quelques petites attaques de torticolis durant deux ou trois jours. En septembre, nouvelle attaque qui dure 6 jours.

Le 10 novembre 1894 au réveil, subitement le malade ressent une douleur à la nuque et le long de l'épaule. Dès le deuxième jour, torticolis ; inclinaison de la tête à droite avec légère rotation à gauche. Immobilité de la colonne cervicale. Douleurs spontanées très vives, surtout à la moindre tentative de mouvement. Le décubitus dorsal diminue les douleurs.

Cinq jours après, douleur dans le bras et le lendemain fourmillement dans les doigts, le tout à gauche. Le malade peut faire quelques mouvements, mais il n'a plus autant de force et il ne sent plus son bras.

A l'examen, nous constatons de la douleur à la pression, bien localisée au niveau des apophyses épineuses de la troisième à la sixième cervicale, ainsi qu'au niveau des apophyses articulaires gauches, des mêmes vertèbres.

La pression sur les muscles contractés ne provoque aucune douleur.

Le traitement suivi est : Bains sulfureux, douches sulfureuses sur la nuque et l'épaule, potions calmantes, etc. Pas beaucoup de soulagement. La maladie se guérit peu à peu et au bout de quatre semaines, on ne constate plus rien : ni torticolis, ni douleurs spontanées ou localisées ; un peu d'engourdissement subsiste dans l'épaule.



Traitement.

Nous avons vu, par les observations précédentes, que le torticolis et le lumbago articulaires étaient, dans le service de M. Albert Robin, soumis à un traitement qui soulageait presque immédiatement les malades et les guérissait toujours, même dans des cas rebelles.

Le jaborandi est, en effet, un remède merveilleux dont on peut tirer différents effets, suivant les doses auxquelles on l'administre.

Dans le torticolis et le lumbago aigus, M. Albert Robin administre le jaborandi comme suit : 4 grammes de feuilles macérées de 8 à 12 heures dans 10 gr. d'alcool ; sur cette macération on verse 150 gr. d'eau bouillante. Cette infusion doit être prise en une fois le matin à jeûn.

Pour éviter les vomissements, le malade devra résister à la soif ou ne boire que très peu de boissons chaudes.

Il y a quelques contre-indications au traitement par le jaborandi : les malades qui ont en même temps « une pleuro-pneumonie, ou une affection des valvules » ou du muscle cardiaque, ou une affection ancienne

« du cœur, » ne sont plus justiciables de cette médication, du moins sans accident.

Divers traitements peuvent alors être appliqués. Le premier auquel on aura recours sera les injections hypodermiques de glycéro-phosphate de soude à la dose de 0 gr. 20 centig. par injection (1).

Le salicylate de soude échoue souvent, sinon toujours. L'immobilisation, l'électricité, le chlorure de méthyle en pulvérisation peuvent être employés. Ce sont des moyens longs et difficiles à appliquer.

(1) Albert Robin. — Les glycéro-phosphatés. Leur action sur la nutrition. Indication thérapeutique. Mode d'administration. — *Bulletin de thérapeutique*, mai et juin 1895.



CONCLUSION

De toutes les observations publiées, il résulte au moins un fait, c'est que les arthrites rhumatismales des régions lombaire et cervicale, ne sont pas rares, puisque nous avons pu en publier un certain nombre. De cet autre fait que, depuis la fin de l'année 1894, nous n'avons pu trouver qu'une seule observation douteuse du lumbago (Obs. VI), il résulte que :

Le torticolis et le lumbago sont le plus souvent une arthrite rhumatismale, celui-ci des articulations de la région lombaire et celui-là des articulations des vertèbres du cou.

VU :

Le Président de la Thèse,
JACCOUD.

VU : *Le Doyen,*
BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

I. — LUMBAGO

- Baumes.* — Traité élém. de Nosologie. Paris, 1806.
- Sennert.* — Cité par Luquet, Feulard, Bouchard, etc.
- Riolan.* — id.
- De Sauvages.* — Nosologie méthodique. Traduction Nicolas.
1775, tome II.
- Valleix.* — Guide du Médecin praticien ; 5^e édition revue par
Lorain. 1866, page 341 et suiv.
- Spring.* — Symptomatologie ou Traité des accidents morbides,
tome I, page 936.
- Chomel.* — 1^o Essai sur le rhumatisme. 2^o Leçons de clinique,
tome II, p. 19.
- L. P. Feulard.* — Thèse de Paris, 1848.
- Luquet.* — Thèse de Paris, 1849.
- Bouchard.* — Dictionnaire Dechambre. Art. Lumbago.
- Desnos.* — Dictionnaire Jaccoud. Art. Lumbago.
- A. Robin et P. Londe.* — Torticolis et lumbago d'origine arti-
culaire et rhumatismale. Revue de
Médecine, 10 octobre 1894.

II. — TORTICOLIS

NOTA. — Nous ne ferons pas la bibliographie du torticolis en général, il nous faudrait citer tous les auteurs qui ont écrit sur la médecine ou la chirurgie. Nous ne citerons que les ouvrages qui ont trait au torticolis articulaire.

Delpech. — Traité d'Orthomorphie, tome I (1828).

Stromeyer. — Cité par Bouvier, Bouland, etc.

Bouvier. — Lettre à l'Académie des sciences. Sept. 1840.

Depaul. — Thèse d'Agrégation, 1844.

Musson. — Thèse de Paris. 1867.

Couillard-Labonnote. — Thèse de Paris 1869.

Delore. — Gazette hebdomadaire de Médecine. 1878. XV pages
167 et 178.

Bouland. — France médicale. Paris 1879. N° 84.

Dally. — Torticolis occipito-asloïdien. Bulletin général de
thérapeutique. 1875. tome LXXXIX.

Peyrot. — Pathologie externe, tome III.

Lannelongue. — 1° Leçons sur la tuberculose vertébrale
recueillie par V. Minard. 1888.

2° Arthrite rhumatismale des vertèbres cer-
vicales (Bulletin médical, 1894, n° 28).

Tillaux. — Tillaux. Du torticolis. (Médecine moderne 1893).

Broca. — Arthrites non tuberculeuses de la colonne cervicale.
(Bulletin médical, 1894, n° 42).

Besnier. — Dictionnaire Dechambre. Art. Rhumatisme.

Homolle. — Dict. Jaccoud. Art. Torticolis.

A. Robin et Londe. — Revue de médecine. 10 octobre 1894.

Grancher. — Rhumatisme cervical chez l'enfant. Bulletin
médical 1888.

Chauffard. — Cité par Grancher.

Marfan. — Journal des Praticiens, 30 mars 1895.

Picot. — Thèse 1872.

Albert Robin. — Etudes physiologiques et thérapeutiques sur le Jaborandi (Journal de thérapeutique de A. Gubler 1874-75.

Albert Robin. — Les Glycéro-phosphates. Leur action sur la nutrition ; indications thérapeutiques ; mode d'Administration (Bulletin de thérapeutique. Mai-Juin 1895).

